N° 6.

DES

OUVERTURES DES ABCÈS DU FOIE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 Février 1883

Par Camille ROUSSE

Né à Flassans (Var)

MÉDECIN DE 1re CLASSE DE LA MARINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE BOEHM ET FILS

IMPRIMEURS DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET LETTRES

DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DES SCIENCES MÉDICALES : ÉDITEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL.

1883

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. J. BENOIT ✠ ✠..... DOYEN
CASTAN.....
COMBAL ✠ ..... } ASSESSEURS

PROFESSEURS :

Opérations et Appareils.....	MM. BOUISSON, O ✠ ✠, DOY. HO.
Pathologie externe.....	BOYER ✠.
Accouchements.....	DUMAS ✠.
Clinique médicale.....	DUPRÉ ✠ C ✠.
Anatomie.....	BENOIT ✠ ✠.
Clinique chirurgicale.....	COURTY ✠.
Clinique médicale.....	COMBAL ✠ ✠
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	CAVALIER ✠.
Physique médicale.....	MOITESSIER ✠.
Anatomie pathologique et Histologie.....	ESTOR.
Médecine légale et Toxicologie.....	JAUMES
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL ✠.
Chimie médicale et Pharmacie.....	ENGEL.
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.....	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médicale.....	GRASSET.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	PLANCHON ✠ ✠.
Physiologie (Chargé du Cours).....	LANNEGRACE.

MARTINS (O ✠) FONSSAGRIVES (O ✠), Professeurs honoraires.

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES:

Clinique des maladies des enfants.....	MM. BATLLE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées..	GAYRAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	HAMELIN.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. JACQUEMET.	MM. CARRIEU.	MM. MORIEZ.
PECHOLIER.	MAIRET.	REGIMBEAU ✠.
GRYNFELTT.	CHALOT.	TÉDENAT.
DE GIRARD.	BIMAR.	DUMAS fils.
SERRE.	LANNEGRACE.	
ROUSTAN.	MOSSÉ.	

M. F.-J. BLAISE, *Secrétaire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. DUBRUEIL, *président* ;
GRASSET, professeur ;
HAMELIN, agrégé ;
GRYNFELLT, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

C. ROUSSE.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534908_0048

DES

OUVERTURES DES ABCÈS DU FOIE

Les abcès du foie sont la terminaison presque constante de l'hépatite qui a parcouru toutes ses périodes. D'après le relevé de soixante-six observations recueillies par Dutroulau, l'abcès, une fois formé, suit une direction variable. Dans près de la moitié des cas, la mort est survenue avant qu'il se soit rompu ; un même nombre de fois environ, il s'est fait jour dans les organes voisins ou dans les cavités naturelles, et dans la proportion de un sixième seulement il a été ouvert par un procédé chirurgical. Pas une seule fois l'ouverture ne s'est faite spontanément à l'extérieur.

Nous allons borner cette étude à celle de l'ouverture des abcès du foie, soit qu'ils viennent apparaître à la surface cutanée, qu'ils s'ouvrent dans la poitrine, dans quelque viscère intérieur, dans l'abdomen, ou qu'ils restent renfermés dans la substance même de l'organe. Cette division, adoptée par Haspel, nous permettra d'entrer dans des considérations pratiques pouvant s'appliquer à tous les abcès, quels que soient les points du foie qu'ils ont occupés.

Nous allons résumer d'abord quelles sont les principales lésions qui ont été trouvées dans le viscère, dans les parois abdominales, et enfin dans les organes qui par leur contact avec la substance hépatique ont participé à l'inflammation.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET CHIRURGICALE.

État du foie. — Le début de l'inflammation est tantôt caractérisé par l'injection des vaisseaux, et consécutivement par une infiltration sanguine donnant au parenchyme hépatique par une teinte plus ou moins foncée et même une lividité bleuâtre. Il est impossible de distinguer les deux substances qui sont décrites dans la structure de l'organe. Le sang qui s'écoule dans les incisions est mêlé à une sérosité couleur lie de vin, au sein de laquelle on rencontre une matière d'un blanc laiteux, comme purulente. D'autres fois, on trouve le foie pâli et décoloré ; les vaisseaux y sont rares, et il semble uniquement composé d'une substance jaunâtre, infiltrée dans les aréoles et formant des sortes de granulations grises. De petites matières blanches, apparaissant dans ces granulations, marquent le premier degré de la suppuration. Ces deux états peuvent exister simultanément chez le même individu et donner lieu à une transformation commune.

Dans un degré plus avancé, le pus est réuni en petits foyers sous forme de gouttelettes qui occupent un ou plusieurs points. Le tissu cellulaire se détruit, les tissus ambiants s'infiltrent et tombent eux-mêmes en suppuration, et on trouve alors dans le foyer du sang et du tissu hépatique. Cette destruction peut ainsi s'étendre au loin et donner lieu à la formation d'une grande cavité sinueuse et anfractueuse. Dans les abcès récents, les parois sont constituées par le tissu hépatique plus ou moins consistant, et séparé du liquide purulent, plus ou moins coloré, par une membrane grisâtre, mince, celluleuse et vasculaire, facile à déchirer. Ce sont là les caractères des abcès récents.

Les abcès anciens diffèrent des précédents par un épaississement de plus en plus grand de la membrane pyogénique et une augmentation de sa texture, qui peut acquérir la consistance du tissu fibreux et même demi-cartilagineux. Les cavités sont plus larges et mieux circonscrites, le pus

est mieux lié, phlegmoneux, les détritus hépatiques étant d'autant plus abondants que l'existence du kyste est plus ancienne. Il peut aussi exister une ligne de démarcation parfaitement tranchée entre le tissu en suppuration et les tissus voisins complètement sains. Les lésions que nous venons de décrire sont celles qu'on rencontre dans les cas les plus communs ; plus rarement elles revêtent des caractères intermédiaires : c'est ainsi que la couleur lie de vin, qu'on avait donnée comme un caractère constant du pus fourni par le foie, est au contraire une exception.

État des autres organes. — Le péritoine participe souvent à l'inflammation du foie, mais on paraît s'en être exagéré la gravité et les conséquences. Nous voyons en effet que les fausses membranes et le pus s'y rencontrent rarement, et que plus souvent au contraire il sert d'intermédiaire pour établir des adhérences salutaires, qui sont d'autant plus résistantes qu'elles sont plus anciennes. Nous savons qu'il n'en est pas de même s'il y a eu rupture spontanée et épanchement du liquide dans la cavité de la séreuse ; dans ce cas, les accidents qui se déclarent deviennent rapidement mortels. Cependant il n'est pas de chirurgien qui n'ait eu occasion de voir de larges plaies accidentelles de l'abdomen se terminer heureusement, et chaque jour il y a lieu de le constater à la suite des opérations chirurgicales. La raison de cette innocuité relative des larges ouvertures du péritoine paraît résulter : d'une part de la constitution anatomique de cette séreuse, et de l'autre des circonstances qui accompagnent ce genre de solutions de continuité. En effet, tandis que le liquide trouve dans le premier cas une cavité qui est en quelque sorte forcée de le recevoir, plusieurs obstacles s'opposent jusqu'à un certain point à sa pénétration dans le second. Nous allons nous borner à les énumérer : ce sont l'antagonisme entre la ceinture contractile de l'abdomen et la réaction élastique des intestins ; la tendance qu'ont les liquides à se rassembler près des vaisseaux ou des conduits intéressés ; la force expulsive qui s'exerce dans tous les sens ; et enfin la coagulation du sang quand le vaisseau est de petit calibre.

Nous réservant de nous étendre plus longuement sur ce sujet, nous

ajouterons que ce qui amoindrit surtout le danger des lésions du péritoine, c'est l'emploi des pansements isolants et antiseptiques.

Le diaphragme recouvre la face et le bord supérieurs du foie, auquel il est uni par les ligaments suspenseurs. Ces deux organes ne se séparant jamais dans les mouvements respiratoires ; il en résulte une plus grande fréquence des abcès ouverts dans la plèvre et le poumon que dans les parties voisines. Il résulte aussi, de ces rapports intimes, des adhérences favorables à l'élimination du pus. Ce muscle est convexe en haut, la face supérieure étant maintenue par ses attaches avec le péricarde et la face inférieure par les viscères abdominaux et la pression atmosphérique. Ses insertions sont : en avant, la partie inférieure du sternum ; sur les côtés, le bord supérieur des cartilages des six dernières côtes ; en arrière, l'apophyse transverse de la douzième vertèbre dorsale. Dans les mouvements de l'expiration et par suite d'une compression exercée de bas en haut, il peut être refoulé jusqu'au niveau du quatrième et même du cinquième espace intercostal. Il suit de là qu'un instrument qui pénètre au-dessus de la douzième côte pénètre dans la cavité thoracique, et qu'en raison des rapports intimes du muscle avec la paroi costale, il n'arrive dans la cavité abdominale qu'après avoir traversé le diaphragme.

A l'épigastre, répondent le lobe droit et le lobe gauche, séparés par le ligament suspenseur, vestiges de la veine ombilicale. Au-dessous du foie, on trouve la portion sous-diaphragmatique de l'œsophage, l'extrémité pylorique de l'estomac et la portion du duodénum qui y fait suite ; entre le foie et l'estomac, l'épiploon gastro-hépatique, qui se porte du sillon transverse du foie à la courbure supérieure de l'estomac. L'hypochondre droit est presque entièrement occupé par le lobe droit, qui ne doit pas dépasser les fausses côtes. Son bord antérieur est débordé par le fond de la vésicule biliaire, qui répond au-dessous du cartilage de la neuvième côte et du bord antérieur de la dixième. En arrière, se voient la portion droite du côlon transverse, et plus profondément la capsule surrénale et le bord supérieur du rein droit, qui y laisse son empreinte. L'hypochondre gauche renferme le grand cul-de-sac de l'estomac, recouvert par le lobe gauche du foie ; d'avant en arrière, on y rencontre le côlon transverse, la rate

reliée à la grande courbure de l'estomac par l'épiploon gastro-splénique, la capsule surrénale et le rein gauches. La région rachidienne dorso-lombaire correspond au bord postérieur du foie, mais en est séparée par cette portion de la cavité pleurale dans laquelle descend le bord tranchant du poumon, qui se prolonge inférieurement jusqu'au niveau de la douzième côte.

Les abcès se frayent des voies très diverses. Dans le cas où ils restent enfermés dans l'épaisseur de l'organe, ils peuvent avoir leur siège dans toutes ses parties; mais, d'après les autopsies recueillies par Dutroulau, ils sont beaucoup plus fréquents dans le grand lobe, à la face convexe et au bord postérieur qu'ailleurs. Nous voyons aussi, d'après le même auteur, que les grandes collections purulentes, c'est-à-dire ayant le volume d'une orange au moins, sont la règle, et qu'elles sont en général uniques; que quand elles sont moindres, elles sont en général multiples, et qu'elles se rencontrent bien moins souvent que les premières.

La paroi supérieure de l'abdomen, étant constituée par le diaphragme, se laisse distendre et subit un amincissement considérable dans les cas de tumeurs de la face convexe du foie, d'où résulte une prédisposition très grande à participer aux inflammations qui y prennent naissance, et arrivent ainsi à déterminer des perforations très rapides dans l'épaisseur du muscle. Après avoir traversé le diaphragme, le pus, venant à s'épancher dans la cavité de la plèvre ou à s'ouvrir un passage dans la substance du poumon, y donne lieu à des symptômes de pleurésie purulente ou d'hépatisation grise, lésions aussi graves que celles du foie lui-même.

Les parois abdominales antérieure et latérale droite, étant beaucoup plus résistantes que la supérieure, présentent de l'œdème et de l'empâtement, par suite de leur contiguïté avec une tumeur enflammée ; mais il est rare que la nature soit assez puissante pour débarrasser l'organe hépatique du fluide morbide par cette voie.

Des altérations du tube digestif sont à peu près constantes; rares dans l'estomac et l'intestin grêle, très fréquentes dans le gros intestin. Celles qu'on trouve dans ce dernier organe participent de l'affinité qui existe dans

la nature pathologique de la dysenterie et de l'hépatite. Les adhérences du foie avec l'estomac, le côlon, le pancréas, la rate, les reins, sont la conséquence de l'inflammation du péritoine et en expliquent la transmission à ces organes.

La vésicule, les conduits et canaux biliaires, ne sont pas modifiés dans leur structure, s'ils ne sont atteints d'ulcérations ou de dilatations déterminées par la compression d'une tumeur située à la face concave.

Le cœur et le péricarde ont présenté des états morbides variables, mais sans caractères déterminés.

La distribution des vaisseaux sanguins dans le foie est telle qu'il faut que les instruments pénètrent profondément pour en intéresser d'un calibre considérable. Dans les parois thoracique et abdominale correspondantes à la région hépatique, les artères sont également d'un calibre d'autant plus petit qu'on s'éloigne davantage de la paroi postérieure. Ce sont les dernières intercostales et les lombaires, s'anastomosant avec la mammaire interne et l'épigastrique.

OUVERTURE PAR LES PAROIS THORACO-ABDOMINALES.

Les abcès, en se rapprochant de la surface du foie, provoquent l'adhésion de cet organe avec la paroi correspondante, et viennent former une tumeur apparente au dehors. Ils occupent la région épigastrique, les hypochondres, les derniers espaces intercostaux, ou enfin un point plus ou moins éloigné du foyer. L'issue de la suppuration par cette voie est la terminaison naturelle la plus favorable, et c'est aussi par elle qu'on doit s'efforcer de l'obtenir par un traitement chirurgical.

Longtemps la crainte de donner lieu à un épanchement péritonéal, celle du contact de l'air sur le foyer purulent, et d'autre part l'espoir de le voir se faire jour par les voies naturelles et amener ainsi une guérison spontanée, avaient fait abandonner ces opérations, qu'on regardait comme au-dessus des moyens chirurgicaux. Plus tard, le petit nombre de guérisons obtenues par les seules forces de la nature firent adopter l'ouver-

ture artificielle toutes les fois que la tumeur était accessible à l'opération. Les procédés suivis jusqu'à ces dernières années ont eu pour but de déterminer des adhérences du péritoine avec les parois abdominales avant l'ouverture des abcès. Une méthode nouvelle, employée par les médecins anglais exerçant dans l'Inde, consiste à pratiquer l'opération en un seul temps, sans redouter les dangers de la péritonite. Les principaux procédés sont au nombre de quatre : ceux de Récamier, de Bégin, de Cambay et de Stromeyer-Little.

PROCÉDÉ DE RÉCAMIER.

Il se préoccupe d'abord d'assurer le diagnostic, et pour cela il a érigé en méthode les ponctions exploratrices pratiquées avec un trocart très fin. Ces ponctions, analogues à celles de l'acupuncture, ne sauraient en effet être comparées à celles qu'on pratique avec un trocart ordinaire. Après s'être assuré qu'il n'existe pas d'anse intestinale interposée entre la tumeur et sa paroi abdominale, l'instrument est introduit, et le trocart est retiré brusquement afin que le liquide, s'il en existe, ne puisse s'épancher dans l'abdomen. Une ventouse est appliquée, si c'est nécessaire, pour solliciter l'écoulement du liquide au dehors.

La présence de la matière à évacuer étant reconnue, il importe d'obtenir la réunion de la tumeur à la paroi correspondante. Pour cela, il commençait par appliquer sur la peau une couche de potasse caustique, pour avoir une eschare de la grandeur d'une pièce de cinq francs. Cette eschare étant bien formée, on peut attendre qu'elle tombe naturellement, ou bien, si le cas est pressant, on la fend dès le lendemain, et au fond de la plaie on applique une nouvelle couche de caustique ; et ainsi de suite jusqu'à quatre ou même cinq fois, jusqu'à ce que ces cautérisations successives aient étendu leur action jusqu'au péritoine et déterminé une inflammation adhésive entre les deux feuillets de cette séreuse. Alors il ouvrait la poche de l'abcès avec le bistouri, et donnait à l'incision une ouverture suffisante pour obtenir l'évacuation aussi complète que possible de toutes les matières contenues dans le foyer purulent.

Le liquide évacué, Récamier, craignant le contact de l'air, faisait une injection d'eau tiède dans les parois du kyste, puis de liquides détersifs, et enfin, quand cela était nécessaire, d'eau chargée de principes médicamenteux susceptibles d'obtenir l'oblitération de la cavité. Pendant le traitement, il plaçait entre les lèvres de la plaie un bourdonnet de charpie ou une mèche de linge effilé, et recommandait au malade de rester couché, afin que le pus trouve une issue directe et facile. Les pansements sont aussi rapprochés que l'exige l'abondance de la suppuration.

A mesure que le rapprochement de cette cavité, creusée en quelque sorte dans la substance du foie, s'effectue, on voit la suppuration diminuer, et, quand l'oblitération est complète, il ne reste plus qu'une plaie extérieure dont il est facile d'obtenir la cicatrisation. La guérison est complète après six semaines, en moyenne, de pansements méthodiques. Voici un fait recueilli dans le service de la clinique chirurgicale de l'hôpital Maritime de Toulon, relatif à une opération pratiquée par le procédé de Récamier, et des soins consécutifs en rapport avec les progrès de la thérapeutique des plaies et des abcès.

OBSERVATION.

Sezile (Charles), journalier aux constructions navales, 47 ans. Première entrée à l'hôpital, le 21 août 1880. Antécédents : a fait un séjour de seize ans aux colonies, Cochinchine, Réunion, Martinique ; souffrait encore, il y a quatre ans, de la diarrhée de Cochinchine. Début : amaigrissement prononcé, anorexie ; les selles ont contenu du sang et de la graisse ; éprouve une douleur lancinante siégeant surtout au niveau du bord tranchant du foie, qui déborde légèrement le rebord des côtes. Décubitus latéraux impossibles. Nous constatons que, pendant ce premier séjour, le malade a éprouvé plusieurs mouvements fébriles de peu de durée et d'intensité ; la douleur hépatique a persisté, mais a diminué ; l'appétit est devenu bon ; les selles sont devenues normales et régulières.

Exéat le 13 octobre avec la note suivante : Hépatite chronique ; est incapable de faire désormais un service actif.

Deuxième entrée, 30 octobre 1880. Cet homme a essayé, mais en vain, de reprendre son service : la diarrhée est revenue ; dix à douze selles par jour. On trouve le foie un peu hypertrophié comme autrefois, et sensible à la pression. Coloration jaune des tissus ; le sommeil fait presque défaut.

Jusqu'au 3 décembre, on suit jour par jour la formation d'un abcès siégeant au-dessous et en avant des deux dernières fausses côtes. La tumeur est fluctuante et a la grosseur d'un œuf moyen. Trois selles pâteuses en vingt-quatre heures. Sommeil dans la nuit.

5 décembre. On fait une ponction exploratrice avec l'appareil de Potain, et on retire un pus fétide et sanieux.

6. Le caustique de Vienne est appliqué sur la tumeur ; le soir, on incise l'eschare, et, sur le fond de la plaie, on fait une seconde application de caustique de Vienne.

7. L'eschare ayant été incisée, il s'en écoule un pus fétide, à grumeaux, lié cependant. — Pansement au coaltar.

9. On place un drain plongeur et on fait avec de l'eau phéniquée une injection de lavage dans la cavité de l'abcès, puis on applique le pansement de Lister.

L'état général est assez satisfaisant jusqu'au 16. A partir de cette date, le sommeil devient mauvais ; toux fréquente ; hoquet persistant ; la diarrhée reparaît ; les forces se perdent. La suppuration est assez abondante ; la cavité de l'abcès paraît avoir peu d'étendue, l'eau des injections faites par le drain ressortant claire et limpide peu de temps après. T. matin 37° ; soir 38°.

21. Les selles sont très nombreuses et dysentériques ; la langue est recouverte par places de plaques de muguet. La peau est rouge autour de la plaie ; le drain plongeur est retiré. Délire pendant la nuit. T. matin 36° ; soir 37°.

Décès le 22 décembre.

Autopsie.—A la région hépatique, on constate une eschare oblongue de 10 centim. environ de longueur sur 3 centim. 1/2 de largeur, partant de 1 centim. au-dessous du rebord des fausses côtes et se dirigeant de haut

en bas et de dedans en dehors. La plaie permet l'introduction du doigt à une profondeur de 3 centim. 1/2. Au dessous et autour de l'eschare, l'épiderme est enlevé, le derme est d'un rouge vif.

La cavité abdominale est ouverte à l'aide de deux incisions, la première verticale allant de l'appendice xyphoïde au pubis, la deuxième transversale allant de l'une à l'autre des masses lombaires, en passant par l'ombilic. On enlève le foie en même temps que le côlon transverse et le côlon ascendant, en conservant ses adhérences avec la paroi abdominale. Le volume du foie est considérablement augmenté, surtout suivant la diamètre vertical, qui est d'environ 15 centim. La face inférieure ne présente rien de particulier. A la face convexe, on constate une marbrure superficielle du lobe gauche. A la partie interne du lobe droit, au niveau du rebord des fausses côtes, existe un trajet fistuleux, oblique en haut et en dedans, rempli d'un pus gris-noirâtre et d'une profondeur de 8 centim. Autour de l'ouverture extérieure de ce trajet, le péritoine est réuni à la peau et aux muscles de la paroi abdominale par des adhérences circulaires qui ont à peu près un décimètre de diamètre. A la partie antéro-supérieure, ces adhérences se détruisent facilement ; elles remontent jusqu'au niveau de la première fausse côte. Le foie ayant été incisé dans toute son épaisseur d'avant en arrière, en laissant de côté la cavité purulente, on trouve son tissu altéré, brunâtre ; sa consistance est diminuée.

Le péritoine a conservé son aspect normal jusqu'au niveau des adhérences.

La partie initiale du côlon ascendant est augmentée de volume ; à la pression, on trouve de l'épaississement et de la résistance ; pas de changement de coloration extérieure. Le gros intestin, que l'on enlève en sectionnant ses extrémités entre deux ligatures, est incisé et étalé ; la paroi est considérablement épaissie ; la muqueuse est infiltrée d'un exsudat fibreux, verdâtre, hyperémié par plaques, comme œdématié. Elle est bosselée par des saillies considérables, surtout vers sa partie terminale, que séparent des exfoliations, des pertes de substance, remplies d'un liquide blanc et gélatineux.

L'ouverture de ces abcès a été pratiquée plutôt par des applications suc-

cessives de caustique de Vienne que par l'instrument tranchant. L'emploi des caustiques a eu des antagonistes convaincus. On leur a reproché d'étendre l'inflammation au delà des limites dans lesquelles on la veut enfermer, jusque sur le péritoine et même au delà de la séreuse. Cette crainte, fondée uniquement sur le raisonnement, n'a pas été justifiée par l'expérience. Non seulement ils ne produisent pas de péritonite, mais ils ont pour résultat de déterminer des adhérences. Il est prouvé également que ce moyen met plus qu'aucun autre les parois des abcès dans des conditions favorables à leur recollement. En outre, les cautérisations ont été employées avec succès, comme agent préservatif et curatif, contre la résorption purulente.

Chez ce malade, les adhérences existaient, et on n'a pas trouvé de symptôme de péritonite. Les lésions du foie étaient telles que la mort a dû s'ensuivre. Celles du gros intestin sont celles de la diarrhée chronique, compliquée d'une attaque de dysenterie aiguë. Le hoquet et le muguet sont des complications fréquentes dans l'hépatite et la dysenterie. Cet ouvrier a manifestement succombé par suite de la fièvre hectique, due à l'abondance de la suppuration d'un abcès développé dans le sein de l'organe par les progrès d'une affection très ancienne.

Le pansement au coaltar, qui a été fait aussitôt après l'opération, a été bientôt remplacé par le pansement de Lister. Devant nous étendre longuement sur les propriétés antiseptiques de l'acide phénique, nous nous bornerons à dire que le coaltar paraît tenir ses propriétés principalement de cet agent, et qu'il lui est bien inférieur. Le coaltar saponiné est employé dans les hôpitaux de la marine dans le but d'éviter l'action trop irritante de l'acide phénique, et quand on désire rendre plus faciles les soins de propreté des plaies et des cavités pathologiques.

PROCÉDÉ DE BÉGIN.

Ce deuxième procédé, basé sur le même principe : la nécessité d'obtenir des adhérences, diffère de celui de Récamier en ce qu'il est moins lent dans son action. Il rejette les ponctions exploratrices et la potasse causti-

que comme dangereuses, et pénètre immédiatement jusqu'à la tumeur pour s'assurer s'il existe de la fluctuation ou non, et si des adhérences se sont produites. Pour cela, il pratique sur la partie la plus saillante une incision longitudinale de deux à trois pouces, qui comprend successivement les diverses couches de la paroi abdominale jusqu'au péritoine. Celui-ci doit être ouvert avec précaution et incisé sur une sonde cannelée dans l'étendue de la plaie extérieure. Si des vaisseaux ont été divisés, ils doivent être liés aussitôt, afin que le sang ne puisse s'épancher dans l'abdomen.

Le chirurgien est arrivé dans la cavité péritonéale. Si la tumeur est trouvée adhérente, il l'incise immédiatement; sinon la plaie est pansée avec un linge cératé et de la charpie, et il attend trois jours pour lui donner le temps d'adhérer solidement à la surface de l'abcès. C'est alors seulement qu'il porte l'instrument dans l'épaisseur de l'organe, et qu'il évacue toutes les matières qu'il contient sans qu'aucune partie puisse s'introduire dans l'intérieur de la séreuse. La pression de l'air, la rétraction des muscles et l'action même des viscères abdominaux, favorisent la sortie graduelle de la suppuration à travers les lèvres de l'incision. Une canule est placée dans cette ouverture pour la maintenir béante jusqu'à ce que les parois de la tumeur se soient rapprochées et la cavité oblitérée. Des injections sont pratiquées par lui, mais elles n'ont pour but que d'entraîner la suppuration, et il paraît redouter les effets d'un liquide irritant ou détersif.

Nous devons ajouter que les deux opérés de Bégin étaient atteints, l'un d'une collection purulente du foie survenue à la suite d'une blessure par instrument tranchant, et l'autre d'un kyste hydatique.

PROCÉDÉ DE GRAVES.

Il divise les parties molles comme dans le procédé de Bégin, couche par couche, jusqu'à 3 millim. de la tumeur, et s'arrête près du péritoine, au lieu de le comprendre dans le premier temps de l'opération. Il a ainsi pour but d'établir des adhérences et d'obtenir que l'ouverture de l'abcès

ait lieu vis-à-vis de la plaie. Il panse alors à plat : la poche pyogénique, étant moins bien soutenue, s'y engage en effet, et l'adhérence recherchée s'établit au bout de quelques jours. Il peut alors plonger le bistouri dans la collection purulente, qu'il évacue comme dans la méthode précédente. Comme on le voit, ce mode opératoire ne diffère de celui de Bégin que par de très légères modifications. L'un et l'autre ont pour but d'utiliser la tendance qu'ont les abcès à gagner les parties les plus superficielles, celles qui offrent le moins de résistance. Le dernier expose moins à la péritonite traumatique, mais il a l'inconvénient d'être beaucoup plus lent, et même, à ce titre, il n'a pas de grands avantages sur celui de Récamier.

PROCÉDÉ DE VIDAL DE CASSIS.

Pour Vidal de Cassis, quand les abcès font saillie extérieurement, c'est un signe que le péritoine pariétal adhère avec celui du parenchyme, qu'il y a continuité entre les deux membranes, et par suite qu'il n'y a aucun danger à pénétrer immédiatement dans la cavité de l'abcès. On peut donc ouvrir ces abcès comme s'ils n'étaient pas situés dans une cavité splanchnique. On doit prendre soin toutefois de ne pas trop étendre l'incision, pour ne pas dépasser les adhérences. Dans les cas où la tumeur est plate et glisse sous la paroi de l'abdomen, il incise profondément les parties molles, et place quelques jours après la potasse caustique au fond de cette incision. Ce procédé donne les mêmes résultats que les précédents, mais en rendant l'opération moins lente, d'après son auteur.

PROCÉDÉ DE HORNER.

Ce procédé est condamné par la pratique. Il consiste à inciser les parois jusqu'à l'organe, puis à unir celui-ci aux bords de la plaie par quelques points de suture, et à ouvrir ensuite le foyer purulent. La suture est considérée comme inutile s'il existe des adhérences, et comme insuffisante à empêcher le liquide de s'épancher dans le péritoine si elles ne se sont pas encore développées.

PROCÉDÉ DE CAMBAY.

Il diffère essentiellement des précédents en ce que l'opération est pratiquée en un seul temps. A ce titre, il constitue un véritable progrès. L'incision des téguments est faite comme dans le procédé de Bégin, mais, arrivé sur la tumeur, il n'attend pas plusieurs jours que les adhérences se soient produites, et fait immédiatement une ponction avec un trocart dont la canule est en gomme élastique et est laissée en place. Après avoir laissé écouler le pus, on en bouche l'ouverture avec un petit morceau de bois. Il réunit les lèvres de la plaie extérieure par des points de suture, de manière à obtenir la réunion par première intention tout autour de la canule, et empêcher l'introduction de l'air dans la séreuse et la cavité de l'abcès. A chaque pansement, la canule est débouchée pour laisser s'écouler le pus qui a été sécrété. On en favorise la sortie par des pressions exercées sur les parois de l'abdomen et de la poitrine. Il pratique par cette canule des injections dans le foyer, pour en favoriser la cicatrisation.

Voici l'observation due à l'obligeance de M. le docteur Barnier, d'un malade qu'il a opéré d'après ce procédé.

OBSERVATION.

Hardouin (Auguste), créole de la Réunion, 20 ans. Affection contractée sur les côtes de Madagascar, traitée à Nossi-Bé. Les premières douleurs remontent en novembre ; le malade est traité pour fièvre et hépatite jusqu'en mars, où on s'aperçoit qu'un abcès existe.

16 mars. Application de caustique de Vienne entre les neuvième et dixième côtes, au niveau de la ligne descendant de l'aisselle.

17. Incision de l'eschare et des tissus sains dans une étendue de 3 centim. ; ponction dans le fond de la plaie avec un trocart à hydrocèle ; il s'écoule par la canule deux litres de pus bien lié, grisâtre, à odeur fétide. La canule est laissée en place et soigneusement bouchée.

Jusqu'au 23 mars, écoulement, par l'extrémité de la canule, de pus à odeur fétide, dont la quantité varie de 700 à 1,100 gram.

23. Injection avec une seringue à hydrocèle du liquide suivant : liqueur de Labarraque 20 gram., eau 180 ; sortie du liquide par pression exercée sur le côté malade.

25. Sortie de 500 gram. de pus; l'odeur a disparu; l'état général se relève. Cet état continue jusqu'au 20 avril.

20 avril. La quantité de pus ne diminuant pas sensiblement, les injections chlorurées sont remplacées par les suivantes : Vin aromatique 40 gram., alcool camphré 10, eau 150.

Les jours suivants, le vin aromatique et l'alcool sont injectés jusqu'à proportion de 3/4 de liquide actif pour 1/4 d'eau; deux et même trois injections consécutives. État général très satisfaisant.

20 mai. Bien que l'amélioration locale soit très sensible, comme la suppuration persiste, les injections sont changées : injection ce jour et les suivants avec hypochlorite de soude 50, 60, 70, 80, 100 gram., eau 150, 140, 130, 120, 100 gram. Sous cette influence, la suppuration diminue rapidement ; les injections pénètrent de moins en moins ; le pus est inodore, légèrement rouge-vineux.

1er juin. On n'injecte plus que de l'eau tiède légèrement aiguisée d'hypochlorite ; on ne peut plus introduire que 60 gram. de liquide. La canule est retirée et remplacée par une mèche.

20. Enlèvement de la mèche, la suppuration étant tarie ; la plaie se ferme. Le malade, qui a repris ses forces, est mis à l'usage de l'eau de Vichy et à un régime fortifiant. Hardouin reprit ses occupations quelques mois après, et jouissait d'une bonne santé deux ans après l'opération.

Le début de l'affection remontait à cinq mois, le malade ayant éprouvé alors de vives douleurs de côté, accompagnées de frissons et de fièvre. Nous voyons aussi que les caractères de la suppuration ont été ceux des abcès enkystés, dont les parois possèdent une texture serrée, presque fibreuse. L'abcès était très vaste, à en juger par la quantité énorme de liquide qui s'en est écoulée. On s'est donc trouvé en présence de conditions défavorables, et on doit attribuer au traitement la plus grande part

de l'heureux résultat qui a été obtenu. La ponction, telle qu'elle a été faite, a permis d'attaquer énergiquement la membrane pyogénique, dont l'état d'organisation était le principal obstacle à la cicatrisation du foyer. L'écoulement du pus étant abondant et facile, le traitement par le caustique ou le bistouri n'eût pas diminué la durée de la maladie et eût ajouté de nouveaux dangers à celui de la fièvre de consomption occasionnée par cette abondante suppuration.

Cette observation prouve aussi qu'on peut faire inpunément des injections irritantes dans les kystes anciens, situés dans la substance même du foie, c'est-à-dire dans ceux qui donnent un pus homogène, épais, sans aucune trace de sang et de tissu hépatique. Nous ne tarderons pas à voir que la méthode des injections irritantes ou autres est, malgré l'opinion de chirurgiens très autorisés, celle qui convient le mieux au traitement des abcès nouveaux non enkystés.

On jugeait autrefois de la valeur des désinfectants par leur action chimique sur les mauvaises odeurs, et sur des principes morbides mal déterminés, connus principalement par leurs effets sur l'organisme. On connaissait trop mal la distinction entre les gaz de la putréfaction, les miasmes et les virus, pour distinguer les différentes manières d'agir des désinfectants. Les résultats obtenus par Jalan de la Croix placent le chlore au premier rang parmi les agents qui sont mortels pour les protorganismes. Toute culture dans du bouillon est empêchée par une dilution de chlore à 1 pour 5, c'est-à-dire 1 gram. de chlore pour 5 litres d'eau. Le même effet est obtenu par l'hypochlorite de chaux ou de soude du Codex à la dose de 1 pour 11. Nous ne décrirons pas l'action des hypochlorites sur les substances organiques au contact de l'air ; nous constaterons seulement qu'ils agissent chimiquement en déterminant le dégagement du chlore, dont nous connaissons les propriétés sur l'hydrogène ; la production de l'oxygène à l'état naissant, dont le pouvoir oxydant contribue à la destruction des matières suspectes ; enfin il se fixe sur la soude une certaine quantité d'acide carbonique, dernière source d'altération de la matière organisée.

Le vin aromatique alcoolisé s'est montré inférieur à la liqueur de La-

barraque, malgré la proportion de trois quarts pour un quart d'eau qui était employée. Cela devait être, car l'alcool est un antiseptique relativement faible. La proportion pour stériliser les germes de bactéries développées dans du bouillon ne devrait pas être moindre de 83 sur 100.

Les expériences de MM. Gosselin et Bergeron ont donné un résultat encore moins satisfaisant pour le tannin : ils ont vu les vibrions apparaître dans du sang frais où on avait ajouté une solution de tannin à 1 pour 40, presque aussitôt que le sang, qui avait été abandonné à la putréfaction sans addition d'aucun agent septique. Notre collègue a complété le traitement chirurgical en soutenant le malade par les toniques, le quinquina, et l'alimentation autant que les forces le permettaient.

PROCÉDÉ DE STROMEYER-LITTLE.

Ce procédé est décrit d'après la relation publiée par M. le Dr Ayme, d'une opération pratiquée sur lui-même par M. Stromeyer-Little, médecin de l'hôpital de Shang-Haï. — Il commence par détruire les germes autour de la région sur laquelle il va opérer, par des pulvérisations phéniquées, pratiquées, soit avec le pulvérisateur à vapeur, soit avec l'instrument à trois becs de Lucas-Championnière. Il fait ensuite un lavage des parois thoracique et abdominale avec une solution phéniquée à 5 °/₀ et prend les précautions de désinfection recommandées pour les mains des opérateurs, des aides et les instruments.

Une aiguille de l'appareil de Dieulafoy ou de Potain est introduite dans la tumeur qu'on doit explorer. Cette aiguille doit avoir un calibre moyen de $0^{m},003$, car, plus fine, elle serait obstruée par les parties mortifiées de l'organe qui sont mêlées à la suppuration. Le poinçon étant retiré, la canule est mise en communication avec l'aspirateur. Ce temps de l'opération n'est destiné qu'à assurer le diagnostic et non à vider le foyer. Nous ne voyons cependant pas d'inconvénient à retirer immédiatement tout le pus qui s'écoule dans le flacon. La présence du pus étant constatée, le robinet de la canule est fermé, et, celle-ci restant seule en place au sein du foyer purulent et servant de conducteur, il fait une incision de 5 à

6 centim, de longueur, et pénètre à la profondeur nécessaire pour donner une issue bien complète à la suppuration. La direction de cette incision est, sur les parois thoraciques, parallèle aux espaces intercostaux ; sur les parois abdominales, au rebord des fausses côtes. On favorise la sortie du pus par des pressions exercées sur la face inférieure de l'organe, à travers les parois abdominales, pendant les mouvements de l'inspiration.

Après ce deuxième temps, la cavité est lavée avec une solution phéniquée à 1 °/₀, à l'aide d'un tube irrigateur dont on se sert ensuite comme d'un siphon, jusqu'à ce qu'elle ne renferme plus ni pus ni détritus hépatique. Un drain d'un calibre de 1 centim. à 1 centim. 1/2, fermé à son extrémité, mais percé de trous sur les côtés pour l'écoulement du liquide, est poussé jusqu'au fond de l'abcès. Le drain est trempé, avant son introduction, dans la solution à 2 1/2 °/₀.

L'opération étant terminée, le pansement de Lister est appliqué avec toutes les précautions que comporte la gravité d'une telle affection. On termine par l'application d'une bande de caoutchouc qui, appliquée en haut et en bas de l'appareil, ne s'oppose pas aux mouvements respiratoires et ne permet pas l'introduction de l'air entre les parois thoraco-abdominales et les pièces du pansement. Le premier pansement se renouvelle après vingt-quatre heures. Les mêmes précautions antiseptiques doivent être toujours prises jusqu'à guérison complète. On se laisse diriger, pour ce qui concerne le drainage et les injections, par la profondeur du foyer purulent et l'abondance de la suppuration. Dans les six observations que nous avons consultées, la guérison a été obtenue après un traitement d'une durée moyenne de trente-neuf jours.

OBSERVATION.

Gauthier, François, soldat au 1er régiment d'infanterie de marine, 22 ans. Arrivé au Sénégal le 20 août 1882, il tombe malade trois ou quatre semaines après son arrivée ; est présenté au Conseil de Santé et renvoyé en France le 20 octobre, pour hépatite. Pendant ce séjour de deux mois seulement, il n'a eu qu'un seul accès de fièvre, mais il est très affirmatif

sur ce point qu'il n'a eu ni diarrhée ni dysenterie. Le malade n'a pas eu d'autre séjour colonial. Pendant la traversée, un caustique a été appliqué sur la région malade, à titre d'exutoire et en prévision de la formation d'un abcès de l'organe. Entré à l'hôpital de Saint-Mandrier le 10 novembre, dans le service de M. le docteur Forné, on constate une hypertrophie très marquée du foie; il dépasse le rebord des fausses côtes. A la palpation, sensation de fluctuation. Pas de diarrhée; pas de fièvre.

14 novembre. Le malade est anesthésié avec le chloroforme, après avoir pris deux heures auparavant 4 gram. de chloral. On introduit le trocart de Potain à trois travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes; l'apparition du pus dénote qu'on se trouve dans l'abcès. On fait pénétrer alors un bistouri très mince le long du trocart et on opère un débridement de 4 centim. d'étendue, qui donne issue à une très grande quantité de pus (calculée à 1 litre) crémeux, lié, roussâtre. Plusieurs lavages à l'eau phéniquée sont ensuite pratiqués, jusqu'à décoloration notable des liquides qui s'écoulent. Un gros drain est introduit dans l'abcès, dénotant une profondeur de 10 centim. — Pansement phéniqué; côlon; compression légère. Très peu d'hémorrhagie.

15. Les objets de literie et les linges sont souillés par un liquide légèrement sanguinolent; nuit bonne; pas de douleur. T. matin 37°,2; soir 37°,2.

20. Irrigation et pansement phéniqués. L'état du malade continue à être très satisfaisant.

26. Depuis hier après-midi, le malade éprouve des douleurs à l'orifice de l'abcès. T. matin 39°,1; soir 40°. On expulse par les lavages un bouchon de muco-pus coloré en jaune. A partir de ce moment, les douleurs ont disparu; la suppuration a une teinte jaune biliaire. Au niveau de la plaie, il sort comme du mucus qui proviendrait de la vésicule.

15 décembre. L'écoulement de mucus biliaire a cessé; on continue le pansement suivant: Drain plongeur; plaie irriguée quotidiennement avec la solution phéniquée à 1 %; on recouvre avec une tarlatane et des compresses trempées dans une solution phéniquée à 2 %; gutta-percha par-dessus; grande compresse sèche; bandage de corps matelassé et dou-

blé en dedans de gutta-percha. État général et local très satisfaisants.

3 janvier. L'auscultation permet de constater que le foie a sensiblement remonté. La plaie, de 1 centim. de surface, est d'un bon aspect. La suppuration est en petite quantité et ne vient plus que des téguments. Le malade n'a plus de coliques, va régulièrement du corps et les selles sont normales. Il se plaint encore par moments d'une douleur s'irradiant dans le membre droit.

26. La plaie est complètement cicatrisée depuis le 14. Part en congé de convalescence dans un état aussi satisfaisant que possible.

Il y a loin de la lenteur des procédés décrits précédemment à la hardiesse du médecin anglais. En présence de cette divergence d'opinions, il nous reste à examiner quel est le moment le plus favorable pour l'ouverture des abcès. Dans les anciens procédés, le chirurgien, préoccupé non seulement de la vaste cavité purulente existant dans le foie, mais encore de la présence de la grande séreuse péritonéale, ne se déterminait à opérer qu'après avoir constaté une fluctuation bien manifeste, et surtout après avoir obtenu l'adhérence de la tumeur à la paroi abdominale, qu'il considérait comme l'indication la plus importante à remplir. Dans le nouveau, il redoute avant tout le danger que fait courir au malade l'abcès abandonné à lui-même, et pratique l'opération aussitôt qu'il a acquis la certitude qu'il existe du pus. Selon nous, c'est dans ces conditions qu'elle a réussi le plus grand nombre de fois. Si l'on parcourt en effet une série d'abcès du foie de toutes sortes, on ne tarde pas à se convaincre que, dans cette longue nécrologie, ce n'est pas la péritonite mais la fièvre hectique qui est la principale cause de la mort. Notre collègue, M. Ayme, rapporte que les vingt premières opérations pratiquées à Shang-Haï d'après les anciennes méthodes n'ont donné qu'un succès, tandis que la nouvelle méthode a donné quatre succès consécutifs sur quatre cas, et en y joignant un succès qu'a publié M. le Dr Solaud (25 janvier 1882) et celui de ce dernier opéré, on arrive à un résultat véritablement sans précédents pour cette grave affection.

Nous avons vu avec quelle certitude est établi le diagnostic par les

ponctions exploratrices pratiquées avec le secours d'un appareil aspirateur. Il nous reste à ajouter que l'innocuité de ces légers traumatismes est tellement démontrée aujourd'hui, que M. Bérenger-Féraud a été conduit à les conseiller comme saignées locales dans les congestions du foie.

Une hépatite suppurée existant ou étant soupçonnée, il nous reste à en préciser le siège par une ponction exploratrice. Le lieu d'élection sera celui qui nous mettra dans les conditions les plus favorables pour atteindre le foyer, et nous permettra ensuite de faire l'incision évacuatrice. Les abcès les plus fréquents ayant leur siège dans le centre du grand lobe, c'est dans le huitième ou le neuvième espace intercostal et sur le trajet de la ligne axillaire que les recherches devront être faites. En ce point, l'écartement à sa plus grande largeur, ce qui donnera plus de facilité pour exécuter les différents temps de l'opération et pour placer un drain de plus fort calibre. Dans le cas où on devrait opérer au-dessous des côtes, ce serait à une distance plus ou moins grande du rebord cartilagineux, suivant le développement qu'aurait pris la face concave.

Les dimensions qu'on doit donner à l'incision doivent être suffisantes, non seulement pour donner issue au pus et à tous les débris hépatiques, mais pour prévenir la formation de trajets fistuleux interminables et pour permettre au besoin d'opérer des débridements internes, dont la nécessité peut se présenter par suite des sinuosités qu'on rencontre dans ces cavités purulentes. La longueur des incisions est de 4 à 6 centim. La profondeur n'est autre que celle de l'abcès; on doit éviter de pénétrer au delà, car on pourrait atteindre quelques-uns des viscères contenus dans l'abdomen.

La méthode antiseptique comprend en premier lieu des pulvérisations phéniquées à la proportion de 5 %, pratiquées autour du malade. Les expériences de MM. Perrin et Marty prouvent que les pulvérisations qui sont faites avec cette solution peuvent détruire les bactéries adultes, mais non les corpuscules-germes qui souillent l'atmosphère dans toute son épaisseur. D'après John Dougall, l'acide phénique, à cette proportion, n'est pas un désinfectant mais un antiseptique ; il ne détruit pas la matière organique, il en arrête et empêche la fermentation, et, en se volatilisant,

il rend à la matière infectante toute son activité. Nous serions porté à croire, d'après les opinions et les expériences citées dans l'ouvrage récent de M. Vallin, que les pulvérisations phéniquées agissent mécaniquement en débarrassant l'air des poussières, des bactéries, et d'une partie des ~~organes~~ germes qu'il contient.

Les injections sont faites dans la cavité de l'abcès avec une solution à 1 °/₀. Un pareil liquide serait tout au plus bon à prévenir l'infection, mais incapable de la détruire quand elle a eu lieu. D'après MM. Gosselin et Bergeron, la putréfaction ne serait complètement empêchée que par une solution à 11 °/₀. Il faut donc appliquer la méthode dès le début. Dans un abcès ouvert antérieurement sans les précautions antiseptiques, dans lequel pullulent les germes, le pansement perd toute sa valeur, à moins qu'on ne puisse le rendre aseptique. L'acide phénique aurait donc une valeur usurpée et serait inférieur comme désinfectant à l'acide borique en solution saturée à 4 °/₀, qui non seulement tue les bactéries, mais en prévient le développement dans le liquide lui-même.

L'acide phénique a l'inconvénient d'être toxique à l'intérieur à la dose de 1 litre par jour. Il en résulte que les injections pratiquées dans les cavités naturelles doivent être surveillées avec soin. Les sulfates alcalins font disparaître presque immédiatement les accidents d'empoisonnement déterminés par cet agent. Il est aussi caustique et irritant : la protective, sorte de taffetas gommé, est destinée à protéger la plaie contre l'action de l'acide. Lister a remplacé récemment la gaze phéniquée par la gaze imprégnée d'essence d'eucalyptus. Plusieurs chirurgiens remplacent l'acide phénique par l'acide borique, l'acide salicylique, le chlorure de zinc, le sulfite de soude, le thymol, et par l'alcool lui-même. Le drainage complète la méthode antiseptique. Les liquides accumulés dans les cavités où l'air pénètre, se putréfient rapidement et leur résorption est une cause de grands dangers. Il faut donc employer non seulement les lavages à grande eau, mais aussi les grandes ouvertures qui donnent passage aux lambeaux de fausses membranes qui se détachent si souvent du fond de l'abcès.

ABCÈS OUVERTS DANS LE THORAX.

Les abcès qui traversent le diaphragme pour se faire jour au dehors, se creusent une voie dans les plèvres, dans le poumon, ou, après avoir traversé les espaces intercostaux, viennent s'ouvrir sur les parois correspondantes. Il existe aussi quelques cas d'abcès ouverts dans le péricarde ou le médiastin.

Les abcès ouverts dans le poumon représentent la proportion de 1/6 et ceux de la plèvre de 1/30, sur toutes les autres directions données par les auteurs. Les autres modes de terminaison doivent être très rares. L'élimination par les poumons et par les bronches donne lieu à des destructions telles qu'elles peuvent devenir la principale cause de la mort. D'après Dutroulau, c'est la route le plus souvent funeste qu'ils puissent se frayer, et Haspel, qui considère la guérison comme étant assez fréquente, ne veut parler que d'une fréquence relative, puisqu'il dit aussi que la proportion de la moitié des cas dans lesquels la guérison aurait été obtenue, lui paraît fortement exagérée. Nous sommes porté à croire que la marche de la maladie est généralement plus favorable dans les pays chauds que dans nos climats, à cause de l'intensité plus grande que revêtent les réactions inflammatoires dans ces derniers.

Les épanchements pleurétiques déterminés par la communication d'un abcès du foie avec la cavité de la plèvre ne sont pas nécessairement mortels. Malgré le peu de succès dont elle a été généralement suivie, on peut et on doit tenter l'opération de l'empyème. On serait conduit, dans ce cas, à introduire le doigt dans la poitrine en le portant sur la face convexe du foie, pour préciser le siège de l'ouverture de l'abcès et permettre, par le moyen d'un conducteur, la pénétration d'un drain dans la cavité purulente. La pleurésie adhésive remédierait en partie aux mouvements résultant de la respiration. Les grandes incisions, un drainage étendu jusqu'au foyer hépatique, enfin les pansements pratiqués par la

méthode antiseptique, donneraient sans doute quelques succès dans ces cas désespérés.

Le traitement des abcès ouverts dans le poumon doit être antiphlogistique, sans toutefois affaiblir le malade, afin de maintenir l'inflammation dans de justes limites. On doit conseiller aux malades d'éviter de faire des efforts et de grands mouvements, de peur que l'abcès ne se rompe avant que les adhérences qui doivent le réunir aux organes voisins soient complètement formées. Enfin le repos dans la position horizontale est une des indications les plus importantes à remplir, parce que c'est le moyen le plus efficace qu'on possède pour faciliter l'écoulement du pus.

Les abcès du foie et la destruction qui les accompagne dans le poumon, donnent lieu à de véritables cavernes accompagnées de suppurations et de décompositions consécutives, qui causent l'empoisonnement du malade. M. Bucquoy a, par l'administration de potions contenant 2 gram. d'alcoolature d'eucalyptus, obtenu une désinfection efficace. La créosote de bois, la térébenthine, les balsamiques, agissent dans le même sens. Les inhalations de vapeurs d'eau chargées de résine, de bourgeons de sapin, de goudron, d'acide phénique, de vapeurs iodées, ont été aussi employées.

Le Dr Sinclair-Coghill a appliqué aux excavations pulmonaires un véritable pansement de Lister. Il se sert d'un masque buccal en forme d'entonnoir, composé de deux enveloppes perforées à la façon d'un crible, entre lesquelles on interpose de l'ouate qui est imbibée plusieurs fois par jour d'une solution antiseptique. L'inspiration se fait exclusivement par la bouche, et l'expiration se fait exclusivement par le nez. Au bout de quelques séances, on s'habitue à ce mécanisme. M. Coghill emploie comme antiseptique l'acide phénique à 4 %, la créosote, le thymol, l'iode en combinaison avec l'éther sulfurique et l'alcool rectifié. L'agent désinfectant est ainsi porté jusque sur le siège du mal ; mais on ne doit pas perdre de vue que ces substances sont très irritantes et peuvent déterminer des accidents inflammatoires très intenses. L'iodoforme, ingéré par la voie stomacale à la dose de 10 centigr., s'élimine par le poumon et empêche la putréfaction des sécrétions de l'organe malade. Le benzoate de soude,

administré sous forme de pulvérisations ou prescrit à l'intérieur, paraît avoir aussi une efficacité réelle.

OBSERVATION.

Tomasi (François), journalier, chaudronnier aux constructions navales, 25 ans. Entré à l'hôpital le 13 décembre 1879. Cet homme, ouvrier en cuivre à l'Arsenal, n'a jamais été aux colonies et prétend avoir contracté la dysenterie au mois d'août dernier dans son atelier, affection qui a été suivie peu de temps après de symptômes d'hépatite. Dans l'intervalle, il a fait deux séjours à l'hôpital pour dysenterie et anémie, et en est sorti sur sa demande, son état étant relativement satisfaisant. A sa dernière entrée, le foie a pris un volume énorme. Cette hypertrophie s'est développée lentement et presque sans accidents inflammatoires jusqu'à ce jour. Du côté du poumon droit, la matité hépatique remonte très-haut en arrière et descend à 1 centim. au-dessous de la ligne ombilicale. A la partie postérieure et à la base, on entend des bruits de frottement et un râle crépitant assez prononcé. Actuellement, la douleur est très vive au niveau de l'hypochondre droit. Le pouls est petit et fréquent ; il a eu plusieurs selles liquides.

21. On constate de la fluctuation sur la ligne mamelonnaire droite, au-dessous des fausses côtes. — On applique en ce point un caustique de Vienne.

24. L'abcès s'est ouvert spontanément à travers le poumon, dans les bronches, par une vomique abondante d'un mélange de sang et de pus. La douleur de côté a beaucoup diminué ; le malade éprouve un grand soulagement.

Les jours suivants, l'expectoration purulente est toujours considérable, les quintes de toux sont nombreuses et s'accompagnent d'anxiété respiratoire. La température s'élève à peine à 38°, tandis que le pouls atteint 140 pulsations.

2 janvier. La langue, très rouge, se couvre de muguet sur les bords. L'urine excrétée est fortement ammoniacale, foncée et très sédimenteuse ;

La maladie continue à s'aggraver. Le 4, abattement plus grand ; dyspnée plus considérable ; vomique le soir ; selles très nombreuses. Mort.

Autopsie. — Foie : Volume considérable de cet organe, qui occupe les deux hypochondres et dépasse en bas l'ombilic. Du côté de la face convexe du lobe droit et en arrière, siège un vaste abcès contenant au moins un litre de pus. Ce pus est en partie blanc et crémeux, et d'autre part rouge-vineux. Les parois de l'abcès sont anfractueuses et recouvertes d'une membrane pyogénique. Cet abcès, après avoir établi des adhérences avec le diaphragme et le poumon, s'est fait jour au dehors par les bronches.

Poumon : Les deux lobes inférieurs présentent une vaste cavité communiqnant avec celle du foie et avec les bronches. Le pus que contenait cet abcès peut être évalué à 500 grammes environ. Les parois en sont déchiquetées et reliées entre elles par des tractus fibreux, et les bronchioles respectées par le travail ulcératif.

Le poumon gauche, le péricarde et le cœur, l'estomac, le pancréas, présentent les traces d'une inflammation récente et superficielle.

Le rein droit est sain, un peu congestionné, et, chose remarquable, le rein gauche est le siège d'un travail ulcératif dû au voisinage de l'abcès hépatique. L'intestin grêle présente des plaques hyperémiées ; dans le gros intestin, siègent les lésions caractéristiques de la dysenterie. Les tuniques intestinales sont hypertrophiées, et sur la muqueuse on trouve des ulcérations atteignant la largeur de pièces de 20 centimes, disséminées sur tout l'organe, mais plus nombreuses au cœcum et au rectum.

Cette maladie ayant été contractée en France, au dire du malade, dans son atelier, a pu être suivie dans toutes ses phases. Nous devons dire incidemment que, tandis que des hygiénistes signalent comme étant très communs les ouvriers qui sont atteints de colique cuivreuse, d'autres ont conclu à l'innocuité de la permanence du cuivre dans l'organisme. Il résulte de nos recherches dans les ateliers de la grande et petite chaudronnerie de l'Arsenal maritime de Toulon, que rien n'est plus avéré que les

empoisonnements par la poussière de cuivre, se traduisant par des vomissements, de la diarrhée accompagnée quelquefois de flux sanguin, et de douleurs abdominales en rapport avec le degré de phlogose du tube digestif. La dysenterie et une hyperémie qui n'était autre qu'un commencement d'hépatite, ont fait presque simultanément leur apparition cinq mois avont la suppuration de l'organe. Nous croyons, d'après la présente observation, qu'ici les désordres du côté du foie n'ont paru qu'en second lieu, et qu'ils ont succédé aux lésions intestinales.

Ce fait prouve encore que l'affection de poitrine peut, dans quelques cas, suivre une marche très rapide et atteindre le plus haut degré de gravité avant d'avoir appelé l'attention du médecin. C'est que le poumon s'accoutume à la compression exercée par le foie, jusqu'au jour où l'irritation sympathique donne lieu à une véritable pneumonie. Il n'en eût pas été de même si cette énorme congestion hépatique, au lieu de suivre une marche obscure, insidieuse, se fût développée rapidement et avec violence.

Nous devons remarquer encore le contraste qui a existé dans les derniers temps de la vie entre l'énergie et la fréquence des battements du pouls et le peu d'élévation de la température. Sans prétendre donner une explication complètement satisfaisante, nous ferons remarquer que nous avions ici deux phlegmasies très graves : l'une arrivée à la période de suppuration, en suivant une marche très lente, et l'autre ayant déterminé en peu de temps une oppression et une anxiété extrêmes. Le pouls, dans l'hépatite et la pneumonie suraiguës exemptes de complications, se montre à peu près avec les mêmes caractères.

On observe rarement de lésions du côté des voies urinaires; nous avons lieu de croire que celles qui ont été constatées au rein gauche étaient déterminées par contiguité de tissus.

ABCÈS OUVERTS DANS LE TUBE DIGESTIF.

OBSERVATION.

Letourny (Pierre), infirmier-major, 29 ans. Entré à l'hôpital le 25 janvier 1881. A été atteint de diarrhée de Cochinchine en février 1876. Depuis cette époque, la diarrhée s'est arrêtée, mais il reste de la dyspepsie.

2 août 1880. Deuxième entrée à l'hôpital. A la suite d'une chute sur le côté gauche, il a éprouvé une vive douleur dans l'hypochondre correspondant et a senti comme une tumeur au même niveau. A cette époque, les douleurs sont continues; la paroi abdominale est proéminente au niveau de la région épigastrique; sensation d'un corps dur, bosselé, à grosses nodosités, occupant l'épigastre, tout l'hypochondre droit et une partie de l'hypochondre gauche. Matité hépatique au même niveau, la sonorité stomacale étant en partie conservée. Teinte jaune cachectique de la peau. Anémie assez prononcée. Cet état s'améliore progressivement.

26 octobre. La tumeur a beaucoup diminué et est moins douloureuse; le malade demande à sortir pour continuer à se soigner chez lui.

Dans la nuit du 27 janvier, vomissement de 300 gram. de pus phlegmoneux environ; toux très-fréquente, provoquant des vomissements alimentaires; douleur intolérable dans l'épaule droite; peau chaude; pouls accéléré. T. 38°,2. Cet état persiste avec des alternatives diverses jusqu'au 25 février 1881. La diarrhée et la fièvre ne le quittent plus; on constate la présence du pus dans les selles; les vomissements ne lui permettent de conserver aucun aliment et donnent la sensation de matières amères et fétides. Le marasme augmente chaque jour et entraîne la mort.

Autopsie. — Amaigrissement considérable; face contractée; coloration cireuse; ventre fortement ballonné.

On fait une incision cruciale, on dissèque les lambeaux; le sternum est séparé des cartilages costaux et rejeté en haut. A la simple inspection, on remarque que les intestins sont dilatés par des gaz, mais paraissent

absolument sains. L'estomac, d'un blanc nacré, ne semble pas avoir été lésé. Enfin le foie, un peu hypertrophié seulement, n'a pas de coloration tellement modifiée qu'on puisse y supposer de prime-abord une lésion pareille à celle qu'on observe.

Pour retirer le foie de la cavité abdominale, on dissèque avec soin le diaphragme, qui a contracté avec la face convexe de l'organe des adhérences très fortes. On coupe le ligament suspenseur, on lie le canal cholédoque, et on place le foie sur la table dans sa position normale. On constate alors sur la face convexe, dans le lobe droit, une tumeur volumineuse, pointant du côté du diaphragme vers l'orifice cardiaque de l'œsophage et dont la palpation donne la sensation de fluctuation. Un scalpel est enfoncé profondément à ce niveau, et il s'échappe aussitôt un flot de pus couleur chocolat, dont la quantité peut s'évaluer à peu près de 250 à 300 gram. On se trouve donc en présence d'une cavité profondément située dans le lobe droit, auprès du grand sillon du foie, possédant des parois très épaisses, ne paraissant pas avoir de diverticule, et parfaitement close de toutes parts. En effet, la cavité purulente une fois lavée, le pus est remplacé par une quantité équivalente d'eau ; rien ne s'échappe, le niveau du liquide restant le même.

Restait à expliquer comment et par quelle voie cet abcès du foie s'était ouvert à deux reprises dans l'intestin et dans l'estomac, puisque une première fois il y avait du pus dans les selles et une autre fois le malade avait rendu par la bouche une verrée de pus. L'estomac, lié au pylore, est insufflé par le cardia : aucune perforation n'est constatée. Il n'existe sur aucun point de ses parois une partie indurée pouvant faire croire à l'existence d'une ouverture cicatrisée par la suite. Du reste, pas d'adhérence avec le foie. La partie terminale de l'œsophage, qui était la plus rapprochée du sommet de la tumeur, est examinée avec soin et on n'y remarque rien d'anormal. Le duodénum est absolument sain ; il contient du lait comme l'estomac. Les poumons sont normaux, le droit est un peu congestionné à la base ; pas d'adhérence avec le diaphragme.

Après de nombreuses recherches restées infructueuses, on a l'idée que la communication avait pu se faire par un ou plusieurs canaux hépatiques

et que le pus avait cheminé par cette voie dans la vésicule biliaire, le canal cholédoque et le duodénum. Au moyen d'une seringue à hydrocèle, on fait passer par le canal cholédoque un courant d'eau qui distend la vésicule biliaire, et l'on ne tarde pas à voir sourdre dans le fond de la cavité purulente, préalablement étanchée, une assez grande quantité de liquide qui y arrive par plusieurs orifices. L'expérience est répétée plusieurs fois, et le passage du liquide de la vésicule dans la cavité se fait de plus en plus aisément.

Cette communication constituant une explication suffisante des phénomènes manifestés pendant la vie, l'autopsie est arrêtée là. Le diagnostic est porté : abcès du foie ouvert par les canaux biliaires dans la vésicule biliaire, et de là dans le tube digestif. Signé : le chef de clinique, Dr Nègre.

Cette observation prouve combien on doit se méfier de ces améliorations passagères qui se montrent si fréquemment dans les affections du foie.

C'est un fait bien souvent constaté dans nos salles que leur gravité est d'autant plus grande qu'elles sont compliquées de maladies qui, telles que la diarrhée de Cochinchine et certaines dysenteries endémiques, sont elles-mêmes les affections les plus rebelles des pays chauds. Nous nous sommes trouvé ici en présence d'un abcès du foie s'ouvrant par le canal hépatique dans le canal cholédoque et refluant de là dans le conduit cystique et la vésicule biliaire. Il n'existait aucune dilatation normale de ces canaux : on peut donc se borner à dire que le phénomène pathologique observé s'est passé comme dans les circonstances ordinaires de la digestion, celui de l'ascension du liquide biliaire dans la vésicule. Des différentes routes que se frayent ces collections purulentes, celle-ci doit être considérée comme étant assez rare, puisque aucun cas analogue n'a été observé par Dutroulau ni par Haspel. Ce dernier auteur regarde cette ouverture des abcès comme l'une de celles qui entraînent le danger le moins imminent. Nous voyons en effet que les organes excréteurs de la bile remplissaient assez bien leurs fonctions, et que le malade était principalement tourmenté par les vomissements, déterminés sans aucun doute par la présence de la tumeur volumineuse et adhérente au diaphragme, qui

s'étendait jusqu'à l'œsophage. Cet infirmier a succombé un mois après l'ouverture de l'abcès, par suite de la fièvre hectique occasionnée par la suppuration et par le trouble profond des fonctions de l'estomac qui ne lui permettaient de conserver aucun aliment.

Le traitement devait atteindre une double résultat : agir sur la pyohémie résultant de l'infection produite par l'abcès hépatique, et l'intoxication gastro-intestinale exercée par des matières purulentes en voie de décomposition. Basé sur cette double indication, il devait consister dans l'administration, à l'intérieur, d'un agent neutralisateur capable de détruire le principe morbide au sein de l'économie, dans la désinfection interne ; en second lieu, en lavages directs ou indirects de l'estomac, en évacuants ; dans l'emploi des absorbants physiques et chimiques.

Dans certaines maladies, d'après Polli, « telles que la pyohémie, la septicohémie, certains agents exercent une action anti-fermentative, non pas seulement parce qu'ils sont toxiques ou fermenticides, non pas seulement parce qu'ils deviennent des oxydants ou des corps réducteurs, mais par leur action sur l'agrégation moléculaire des matières fermentescibles ou décomposables. Les sulfites rendent la complexion chimique des dites matières plus résistante et lui permettent de ne pas se laisser attaquer par les agents ordinaires de décomposition, parmi lesquels marchent en première ligne les ferments ». Il a employé d'abord les hyposulfites de soude et de magnésie, à la dose de 15 à 20 gram., et il a constaté que le sang des animaux soumis à ce traitement avait une grande résistance à la putréfaction. Ayant remarqué ensuite une action anémiante dans ces corps désoxydants, il les remplaça par l'acide borique et les borates pris à l'intérieur, à la dose journalière de 4 à 5 gram. pour le premier de ces corps, et de 15 à 20 gram. pour les seconds. L'acide phénique a donné des résultats pour ainsi dire inespérés dans le cas de septicémie puerpérale commençante, à la dose de $0^{gr},50$ à 1 gram.; c'est un encouragement à tenter cette médication dans des cas analogues à ceux dont nous nous occupons.

C'est à la désinfection interne que se rattache l'emploi du sulfate de quinine, qui, d'après M. Laveran, détruirait les organismes microscopi-

ques et retarderait les décompositions putrides. M. Bouchardat attribue aux condiments âcres-sulfurés la propriété de détruire les ferments organiques et vivants ; ils pourraient être employés comme adjuvants de traitements plus énergiques ou dans la convalescence de ces affections.

Les évacuants les mieux indiqués sont ceux qui, tels que les sulfites, l'acide borique et le borax, exercent à la fois une action désinfectante et un effet purgatif. Nous mentionnerons, comme compléments de la désinfection interne, les lavages de l'estomac à l'aide de la pompe gastrique ou du simple tube en caoutchouc surmonté d'un entonnoir. On peut incorporer les substances non toxiques énumérées précédemment aux liquides employés, à la condition que le degré de sensibilité des organes le permette et que la quantité du véhicule soit suffisante pour obtenir un lavage complet.

ABCÈS OUVERTS DANS L'ABDOMEN.

On a observé un grand nombre de cas dans lesquels le pus, après avoir détruit le parenchyme du foie et corrodé la membrane d'enveloppe de ce viscère, s'est ouvert directement dans la cavité péritonéale. Cet accident est tellement grave qu'on s'est demandé s'il pouvait avoir lieu sans entraîner la mort immédiate. On cite cependant quelques cas, rares il est vrai, où cet épanchement n'aurait pas été mortel. C'étaient des abcès de petit volume, qui se seraient enkystés au voisinage du siège qu'ils occupaient dans l'organe hépatique, et frayé une voie du côté des parois abdominales. Graves cite plusieurs faits où l'opium à haute dose a arraché les individus à une mort à peu près certaine. Des essais de ce genre peuvent être tentés, de même qu'on pourrait recourir à un traitement antiphlogistique énergique; mais on doit reconnaître que tout l'appareil des calmants, saignées, purgatifs, etc., est d'une inefficacité complète dans de pareils cas. Dans l'impossibilité d'arrêter les accidents foudroyants qui en sont la terminaison ordinaire, il reste un moyen : c'est d'empêcher la déchirure de l'organe qui renferme le produit purulent, c'est d'ouvrir l'abcès avant

d'attendre qu'il soit rompu. Ce traitement doit être employé à une époque aussi peu éloignée que possible du début de l'abcès, surtout quand on a lieu de craindre un épanchement péritonéal.

ABCÈS RENFERMÉS DANS LE PARENCHYME.

La terminaison le plus souvent funeste de l'hépatite suppurée est celle où le pus, placé loin de la surface du foie, n'a pas de tendance à se porter au dehors. Dans ce cas, ou il est lentement résorbé, ou, ce qui est infiniment plus fréquent, il occasionne la mort par le marasme profond qui survient chez les individus atteints d'une affection chronique du foie. Dutroulau, nous l'avons déjà dit, sur 66 autopsies qu'il a consultées, en a trouvé 30 où l'abcès était resté renfermé dans l'épaisseur de l'organe. Le danger le plus grand réside dans la difficulté de constater la présence du pus ; car s'il est en général facile de reconnaître l'existence de l'hépatite, il est difficile de se prononcer sur la nature des altérations qui se sont produites. C'est dans ces suppurations profondes, à marche lente et à rechutes fréquentes, que les ponctions exploratrices, pratiquées avec le secours d'un appareil aspirateur, permettent souvent d'établir avec certitude un diagnostic autrefois presque insoluble. Si nous ajoutons que ces petites opérations ne présentent aucun danger par elles-mêmes, nous sommes fondé à dire que ce résultat est véritablement fait pour révolutionner la thérapeutique des abcès du foie.

Voici comment est pratiquée la ponction exploratrice par M. le Dr Forné, qui a bien voulu nous permettre de publier son procédé, qui nous paraît offrir les derniers perfectionnements réalisés. Notre Collègue se sert d'un trocart composé de deux canules : l'une externe, portant le poinçon ; l'autre interne, terminée par une ouverture à bords mousses percée latéralement de petits trous. La canule à poinçon est plus courte et peut glisser sur la canule proprement dite. La canule interne porte vers son extrémité extérieure une petite saillie qui joue dans une double articulation à bayonnette de la canule externe et sert à limiter la manœuvre de la

pointe de l'instrument. Grâce à cette disposition, quand la ponction est faite, on pousse la canule interne de façon qu'elle dépasse l'extrémité piquante de la canule externe, et par suite on se trouve à l'abri de tout accident si on vient à buter contre une portion quelconque de l'organe. La canule interne se termine extérieurement par un embout conique creux, en cuivre, dans lequel s'ajuste à frottement une canule à robinet qui sert de manche pour le maniement de l'instrument. Ce petit appareil est rempli complètement d'une solution phéniquée faible au moment de s'en servir.

L'instrument ainsi disposé, — la canule externe dépassant la canule interne et le robinet fermé, — est pris à pleine main ; la ponction est pratiquée. On fait remonter la canule externe, et à ce moment on adapte à la canule à robinet le tube de l'appareil de Potain. Le vide étant fait dans le flacon de ce dernier appareil, le chirurgien ouvre le robinet du trocart et constate s'il passe ou non du pus. Si le pus ne passe pas, on peut faire une ou plusieurs autres ponctions exploratrices; s'il passe du pus, le diagnostic est fait et on ferme le robinet. La ponction ayant été faite, l'abcès étant reconnu, il ne reste plus qu'à appliquer le traitement chirurgical par la méthode de Little, que nous avons vue être le plus convenable.

L'avantage de ce procédé consiste dans la suppression d'un temps de l'opération, celui dans lequel on retire le poinçon du trocart. La nécessité, avec l'outillage actuel, de retirer le poinçon, empêche la mise en place de la canule à robinet ; l'abcès communique donc avec l'extérieur au moment où le poinçon est retiré de la canule. Dans le petit appareil décrit, la canule à robinet se trouve en place avant de pratiquer la ponction, et comme le robinet est fermé et plein de liquide, on peut dire qu'en cas de résultat négatif de l'exploration, jamais l'intérieur de l'organe ne se trouve en communication directe avec l'air extérieur. Ces explorations offrent donc une sécurité absolue vis-à-vis de l'introduction possible des germes atmosphériques dans le foie, et dans la suppression d'un temps de l'opération (retirer le poinçon du trocart).

Nous avons vu déjà qu'il n'y avait plus d'autre ressource que celle de

l'opération quand on avait reconnu la présence du pus dans le parenchyme hépatique. C'est dans cette condition qu'elle a réussi un grand nombre de fois ; c'est dans des conditions différentes qu'elle a échoué si souvent, quand il a été impossible de saisir la maladie à son début ; il ne nous reste donc, le diagnostic étant assuré, qu'à nous conformer à ce qui a été dit pour le traitement des abcès qui viennent se présenter aux parois thoraco-abdominales.

Vu, bon à imprimer :
Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu :
Le Président-Censeur,
DUBRUEIL.

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
G. CHANCEL.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

AUXQUELLES LE CANDIDAT RÉPONDRA VERBALEMENT

(*Arrêté du 22 mars* 1842.)

Chimie médicale et Pharmacie.

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique médicale.

Théorie et application des appareils thermo-électriques.

Botanique et Histoire naturelle médicale.

Comparer la respiration des animaux à celle des végétaux.

Anatomie.

Des membranes de l'œil.

Anatomie Pathologique et Histologie.

Quelle est la tenture du cristallin ?

Physiologie.

Phénomènes mécaniques de la respiration.

Pathologie médicale ou interne.

Quelle est la nature de la grippe épidémique ?

Pathologie chirurgicale ou externe.

Diagnostic différentiel de la cataracte.

Thérapeutique et Matière médicale.

Des diverses préparations ferrugineuses ; leurs indications spéciales.

Opérations et Appareils.

De la désarticulation du coude.

Médecine légale et Toxicologie.

Diagnostic médico-légal des blessures *post mortem*.

Hygiène.

Du régime alimentaire des opérés.

Accouchements.

Des phénomènes anatomiques de la menstruation.

Clinique interne.

De la péritonite aiguë.

Clinique externe.

De la fièvre traumatique.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

Des éléments du déiire des persécutions.

Titre de la Thèse à soutenir.

Des ouvertures des abcès du foie.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés. et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses!

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !